



N市老年人家庭医生签约服务知晓与利用情况调查分析

胡翠玲,黄晓光

南京医科大学医政学院,江苏 南京 211166

摘要:采用自制问卷,对N市2017年4月新签约居民进行电话调查,以有效应答样本中9 362例老年人为研究对象,分析N市主城区与非主城区老年人对家庭医生签约服务的知晓与利用情况差异。结果显示,在控制其他人口学因素不变的情况下,非主城区老年人签约知晓率是主城区的1.467倍,服务内容了解率是主城区的1.717倍,人均服务利用项目比主城区多0.630项,差异均有统计学意义。主城区与非主城区老年人对家庭医生签约服务的知晓与利用情况存在差异,如何发挥好家庭医生服务的作用应在实践中进一步探索。

关键词:家庭医生签约服务;知晓;服务利用;老年人

中图分类号:R197.1

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2019)05-384-004

doi:10.7655/NYDXBSS20190510

我国正面临老龄化趋势加重、慢性病多发的严峻局面,截至2017年底,全国60周岁及以上老年人口24 090万人,占总人口的17.3%,其中65周岁及以上老年人口15 831万人,占总人口的11.4%^[1]。据《中国人口老龄化发展趋势预测报告》预测,到2050年,我国老年人口总量将突破4亿人,60岁以上人口比例将超过30%^[2]。家庭医生签约服务可以为老年人提供综合性、连续性、个性化的服务,满足当今老年人具体化和多样化的卫生服务需求^[3],对老年人慢性病管理有重要控制作用^[4],有利于提高老年人健康水平。主城区和非主城区医疗资源分布不均,医疗服务可及性存在差异,导致居民就医习惯不同。分析主城区和非主城区老年人对家庭医生服务知晓和利用情况的差异,对于检验家庭医生服务的推进成效、进一步改善家庭医生服务具有重要的现实意义。

一、对象和方法

(一)对象

本次调查对象来自于样本市2017年4月新签约的年龄≥60岁的老年人、患有高血压和/或糖尿病

的慢性病患者以及孕产妇,共计29 947例。此次研究以有效应答样本中9 362例≥60岁的老年人作为研究对象。

(二)调查方法

本研究采用自制问卷,通过电话调查方式对签约居民进行调查,了解样本市签约居民对家庭医生服务的知晓、利用与满意度情况。很多国家早已定期或不定期地在公共卫生领域采用电话调查的方法收集数据,作为政策制定的依据^[5];采用电话调查作为获取信息的手段,是因为电话调查的效率高于个人调查^[6]。本次调查由N市卫生健康委员会委托南京医科大学医政学院进行,于2017年9月—2018年1月实施。本文涉及的问卷内容主要包括:①一般情况调查与核实,包括姓名、性别、年龄、所在辖区、学历、月收入等;②家庭医生签约服务的认知情况,包括是否知晓签约以及对服务包内容的了解程度等;③服务利用情况,包括基本服务包中6项基本服务(听心肺、抽血化验、做心电图、用药指导、血压监测和血糖监测)的利用情况。

(三)质量控制

在正式调查前先进行预调查。根据预调查结

基金项目:江苏省大学生创新训练计划项目“巩固与完善江苏省家庭医生签约服务的策略研究”(201810312039Y)

收稿日期:2019-03-19

作者简介:胡翠玲(1994—),女,浙江嘉兴人,硕士研究生在读;黄晓光(1964—),男,江苏镇江人,副教授,研究方向为卫生经济学,通信作者,xghuang@njmu.edu.cn。

果,对问卷中容易产生歧义的条目进行修订,形成最终调查问卷。调查员由具有相关专业背景的在校大学生担任,分为若干小组,每组设1位小组长,在经过严格的统一培训后,对签约居民进行电话调查。培训内容包括:①本次调查的目的、内容、方法;②样本市家庭医生服务的相关政策文件;③调查问卷各条目的规范性理解;④电话调查的相关技巧;⑤讨论可能出现的问题并给出解决办法。调查过程中,根据知情同意原则,调查员对所有调查对象告知并解释此次研究的目的与意义;调查员根据调查表条目逐一对调查对象进行询问,并在Excel表中实时记录。调查后,通过调查员自检、小组长复查、项目负责人全面复查和不定期回访抽查的方式对问卷质量进行严格审查。

(四)统计学方法

采用SPSS22.0进行数据分析。对主城区和非主城区老年人的基本人口学特征进行描述性统计,并对其进行基线卡方分析,对主城区和非主城区老年人签约服务的知晓情况和利用情况进行卡方分析或独立样本 t 检验,最后建立多因素Logistic或线性回归模型,检验在控制其他因素不变的情况下主城区和非主城区差异是否依然显著。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

二、结 果

(一)应答情况

此次调查采用电话随访方式,对29 947例签约居民进行调查,共接通20 689例,无应答9 258例,接通率为69.08%;其中挂断4 931例,应答15 758例,应答率为52.62%,与国外类似研究基本持平^[6-7]。根据每个问卷的应答完整性进行有效性判断,缺失率超过15%即视为无效问卷,得到有效应答15 240例,无效应答518例。

(二)老年人基本人口学特征

本研究以有效应答样本中 ≥ 60 岁老年人(包括健康老年人和患慢性病老年人)为对象,共计9 362例,其中主城区4 965例(53.0%),非主城区4 397例(47.0%)。性别方面,主城区女性占比较高(50.3%),非主城区男性占比较高(51.9%)。年龄方面,主城区和非主城区老年人大多为60~74岁。学历方面,主城区大多集中于初中(32.5%)、小学及以下(26.9%)和高中/中专(26.2%),非主城区大多集中于小学及以下(62.1%)和初中(22.8%)。月收入方面,主城区大多集中于 $\geq 2 000$ 元(74.9%),非主城区大多集中于无(38.6%)和 $< 2 000$ 元(38.5%)。是否患有慢性病方面,主城区和非主城区老年人都大多患有慢性病(主城区72.8%,非主城区90.0%)。经卡方检验,主城区和非主城区老年人各基本情况的差异都有统计学意义($P < 0.05$,表1)。

表1 主城区和非主城区老年人基本人口学特征对比

类别	主城区	非主城区	[n(%)]	
			χ^2 值	P值
性别			6.179	0.013
男	2 449(49.3)	2 282(51.9)		
女	2 516(50.7)	2 115(48.1)		
年龄			88.832	< 0.001
60~ < 75 岁	3 598(72.5)	3 551(80.8)		
≥ 75 岁	1 367(27.5)	846(19.2)		
学历			1 131.574	< 0.001
小学及以下	1 335(26.9)	2 731(62.1)		
初中	1 614(32.5)	1 002(22.8)		
高中/中专	1 301(26.2)	523(11.9)		
大专	392(7.9)	101(2.3)		
本科及以上	323(6.5)	40(0.9)		
月收入			1 880.218	< 0.001
无	362(7.3)	1 697(38.6)		
$< 2 000$ 元	884(17.8)	1 693(38.5)		
$\geq 2 000$ 元	3 719(74.9)	1 007(22.9)		
是否患有慢性病			446.282	< 0.001
是	3 617(72.8)	3 959(90.0)		
否	1 348(27.1)	438(10.0)		

(三)老年人对签约服务的知晓情况

主城区知晓自己已签约的老年人有2 587例(52.1%),非主城区知晓自己已签约的老年人有2 975例(67.7%),差异有统计学意义($\chi^2=233.976, P < 0.001$)。在对服务内容的了解程度上,主城区老年人表示基本了解的有2 001例(40.3%),其次是不太了解1 643例(33.1%);非主城区老年人表示基本了解的有2 304例(52.4%),其次是不太了解1 385例(31.5%),差异有统计学意义($\chi^2=241.751, P < 0.001$)。

(四)老年人对签约服务的利用情况

此次调查的签约服务利用项目包含6项基本服务:听心肺、抽血化验、做心电图、用药指导、血压监测、血糖监测。自签约以来,非主城区老年人6项服务利用率皆高于主城区老年人,且差异有统计学意义($P < 0.001$,表2)。对主城区和非主城区老年人平均服务利用项目数进行统计,发现主城区老年人平均利用(4.73 \pm 1.99)项/人,非主城区老年人平均利用(5.24 \pm 1.44)项/人,差异有统计学意义($t=-13.956, P < 0.001$)。

表2 主城区和非主城区老年人签约服务利用情况对比

服务项目	主城区	非主城区	[n(%)]	
			χ^2 值	P值
听心肺	3 912(78.8)	3 730(84.8)	56.708	< 0.001
抽血化验	3 925(79.1)	3 867(87.9)	132.126	< 0.001
做心电图	3 866(77.9)	3 724(84.8)	70.870	< 0.001
用药指导	3 622(73.0)	3 592(81.7)	100.785	< 0.001
血压监测	4 299(86.6)	4 167(94.8)	180.422	< 0.001
血糖监测	3 863(77.8)	3 949(89.8)	243.327	< 0.001

(五)多因素回归分析结果

以性别、年龄、学历、月收入、是否患有慢性病、城区类别为自变量,以是否知晓签约、对签约服务内容的了解程度、服务利用项目数为因变量,分别建立模型1、模型2、模型3,作多因素 Logistic 回归或线性回归分析。对签约服务内容的了解程度中,将“非常了解”、“基本了解”合并为“了解”,“不太了解”、“完全不了解”合并为“不了解”。结果显示,在控制其他因素不变的情况下,在是否知晓签约、对签约服务内容的了解程度、服务利用项目数方面,主城区和非主城区差异仍然有统计学意义(P 均 < 0.005)。其中,非主城区老年人签约知晓率是主城区的1.467倍($OR=1.467, 95\%CI: 1.297\sim 1.659, P < 0.001$),服务内容了解率是主城区的1.717倍($OR=1.717, 95\%CI: 1.518\sim 1.942, P < 0.001$),人均服务利用项目比主城区多0.630项。

三、讨 论

(一)主城区和非主城区老年人基本人口学特征存在差异

与主城区签约老年人相比,非主城区签约老年人呈现学历低、收入低的特征。主城区大部分老年人学历为初中、小学及以下和高中/中专,而非主城区大部分老年人学历为小学及以下;主城区大多数老年人月收入在2 000元及以上,而非主城区大部分老年人月收入在2 000元以下。因此在实施家庭医生签约服务时,要注意因地制宜;在进行相关宣传和健康教育时,要因材施教,非主城区应考虑多以面对面口头宣传、示例教育等形式代替微信、网络宣传和墙报宣传栏等^[8]。

(二)老年人对家庭医生服务的知晓率低

本研究结果显示,无论是主城区还是非主城区,超过1/3的签约老年人不知道自己已经签约,超过40%的老年人认为自己“不太了解”甚至“完全不了解”服务内容。尽管签约老年人对家庭医生签约服务的认知度不高,但是无论是主城区还是非主城区,老年人对每一项服务的利用率都高于70%,远超过签约知晓率,且人均服务利用项目超过4项。这表明在老年人群中,样本市对家庭医生签约服务的宣传工作可能与实际服务工作产生了较大差距。样本市社区卫生服务中心虽在机构内张贴了家庭医生签约服务的各类宣传海报,但在签约老年人中可能没有得到实质性的效果。由于老年人记忆力衰退和文化程度限制,仅靠签约前和签约时单纯的文字宣传和简单的口头介绍可能无法让老年人记忆并理解家庭医生签约服务的内涵。目前国内有许多研究也表明应加强宣传以提高未签约居民的签约意愿,但大都忽视了对已签

约居民的宣传^[9-10]。因此建议样本市在今后工作中,也要重视老年人群签约后的宣传,在提供的服务中宣传家庭医生签约服务。

(三)非主城区老年人知晓情况和服务利用情况优于主城区

在控制其他人口学因素不变的情况下,非主城区老年人签约知晓率是主城区的1.467倍,服务内容了解率是主城区的1.717倍,人均服务利用项目比主城区多0.630项,差异均有统计学意义。这与上海一项研究结果类似,其结果显示郊区签约居民在家庭医生处就诊率大约是城区的2倍^[11]。结果提示非主城区老年人签约知晓情况和服务利用情况皆优于主城区。

可能的解释有二。一是外源性的,即非主城区家庭医生签约服务的推进优于主城区,可能体现在三个方面:第一,可能由于非主城区家庭医生签约服务宣传工作优于主城区,使得非主城区老年人的签约知晓率和服务内容了解程度高于主城区;第二,非主城区的签约真实性优于主城区,非主城区老年人的签约知晓率和服务利用率皆高于主城区,有些主城区为提高签约率而将没有签约的居民纳入到家庭医生签约服务系统^[12],导致“虚假签约”现象的产生;第三,由于社区卫生服务机构对于签约服务具体内容的界定具有较大的自主性,非主城区的机构在制定服务内容时可能给予居民更大的优惠和吸引力,同时积极提供主动服务,使得签约老年人服务依从性更好。二是内生性的,即由于我国目前的签约服务属于“软签约”,对签约居民的就医行为约束力不强,而非主城区老年人比主城区老年人更具有基层就诊的倾向性,因此有更多机会接触家庭医生签约服务,更易理解家庭医生签约的内涵,也更易接受家庭医生签约服务。这种老年人基层就医的倾向性差异在重庆的一项研究中得到证实^[13]。医疗资源分布差异可能是导致主城区和非主城区老年人基层就医倾向差异的原因,有研究显示医疗技术和就医便利是影响中国居民就医选择的前两位因素^[14]。本研究中,样本市主城区医疗资源丰富,拥有的公立三甲医院远多于非主城区,主城区和非主城区医疗资源分布极度不均,非主城区老年人对三甲医院的可及性远比不上主城区,因此可能更倾向于基层就诊。

总而言之,从本研究结果来看,样本市老年人家庭医生签约服务主城区和非主城区发展不平衡,其中固然可能有主城区和非主城区家庭医生签约服务宣传工作、签约真实性和具体提供服务的不同导致的不一致,也有长期以来主城区和非主城区老年人由于医疗资源分布不均产生的就医偏好差异而导致的。而扭转居民无论大病小病都选择“大医院就医”的偏好,实际是家庭医生签约服务

的一个重要目标。因此,家庭医生签约服务仍处在起步阶段,如何推进服务,发挥好家庭医生的三重“守门人”作用,形成有序就医格局仍需在实践中进一步摸索。

本研究也存在以下局限性:一是近1/3签约居民无法联系到,无应答率较高,可能是由于调查时间和人力限制,所有电话均只拨打一遍,而老年人没有时刻随身携带手机或守候在座机旁;推销、诈骗电话的无孔不入,也可能导致老年人拒接陌生电话;存在部分空号等^[15]。二是在联系到的签约居民中,拒绝应答者、挂断者、无法应答者(语言障碍或他人接听)较多,可能是由于当前老年人更加注重隐私,不愿个人的时间和空间被打扰;老年人不想承受调查负担;老年人对于家庭医生签约服务没有兴趣^[15];老年人无法理解调查内容等。虽然应答率本身并不是反映调查质量的指标,但由于本研究中无应答、挂断、无效应答和有效应答样本的基本人口学信息存在统计学差异,无法避免研究结果可能存在的偏倚。

参考文献

- [1] 中华人民共和国民政部. 2017年社会服务发展统计公报[R]. 2018
- [2] 魏威,张尚武,熊巨洋. 我国构建家庭医疗签约服务制度的机制探讨[J]. 中国全科医学,2016,19(10):1129-1132
- [3] 韩焱,杜雪平,董建琴. 家庭医生式服务签约老年人的社区卫生服务需求调查[J]. 中国全科医学,2017,20(31):3929-3932
- [4] 赵西茜,乔学斌,陈家应. 高血压患者对家庭医生签约服务的利用现状研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2018,18(3):210-214
- [5] 王欣儒,王晓雪,郭晓敏,等. 一次大样本电话调查的设计与实施分析[J]. 中国热带医学,2016(7):677-679
- [6] Català E, Reig E, Artés M, et al. Prevalence of pain in the Spanish population telephone survey in 5000 homes [J]. European Journal of Pain,2002,6(2):133-140
- [7] Aboujaoude E, Koran LM, Gamel N, et al. Potential markers for problematic internet use: a telephone survey of 2 513 adults[J]. CNS Spectr,2006,11(10):750-755
- [8] 李亚运,杨帆,陈鸣声,等. 新医改前后江苏省农村慢性病患者就诊情况和首诊机构选择研究[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2016,16(1):1-4
- [9] 刘姗姗,葛敏,江萍,等. 签约居民对家庭医生签约服务的认知与利用研究[J]. 中国全科医学,2018,20(4):411-414
- [10] 芦炜,张宜民,梁鸿,等. 基于需方的家庭医生签约服务实施效果评价——以慢性病为重点[J]. 中国卫生政策研究,2016,9(8):23-30
- [11] 曹萌,汤真清,张天晔,等. 上海市家庭医生制度(1.0版)建设进展分析[J]. 中国卫生资源,2018,21(5):433-436
- [12] 高和荣. 签而不约:家庭医生签约服务政策为何阻滞[J]. 西北大学学报(哲学社会科学版),2018,48(3):48-55
- [13] 黄莉,张亮. 重庆市老年人口社区卫生服务现状研究[J]. 重庆医学,2010,39(11):1362-1364
- [14] 田帝,周苑,周典. 中国居民就医选择供给侧影响因素的Meta分析[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2018,18(1):9-13
- [15] 冯姣. 电话调查应答率与无回答偏差[J]. 中国统计,2017(11):28-29

Analysis of the awareness and utilization of family doctor service among elderly people in N city

Hu Cuiling, Huang Xiaoguang

School of Health Policy and Management, Nanjing Medical University, Nanjing 211166, China

Abstract: A telephone survey was conducted among newly contracted residents in April 2017 in N city using a self-made questionnaire. This study focused on 9 362 elderly people, in order to analyze the difference of the awareness and utilization of family doctor contract service between elderly people in urban and suburban areas in N city. The results showed that controlling other demographic factor, the awareness rate of signing with a family doctor for the elderly in suburbs was 1.467 times that in urban areas, the awareness rate of service content in suburbs was 1.717 times that in urban areas, and the average number of services utilized per capita for the elderly in suburbs was 0.630 more than that in urban areas, all of which had statistical significance. There were difference of the awareness and utilization of family doctor contract service between elderly people in urban and suburban areas. Further work should be done to strengthen family doctor service in practice.

Key words: family doctor contract service; awareness; service utilization; elderly people